



FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD PARA ADULTOS

¡Bienvenido a Alcona Health Centers! A continuación se enumeran nuestras ubicaciones:

Servicios Alpena	P.O. Box 857, Alpena, MI 49707	(989) 356-4049
Cheboygan Campus	740 S. Main St. Cheboygan, MI 48721 Suite 2A Suite 2B Suite 2C Suite 2D	(231) 627-7118 (231) 627-7118 (231) 627-7118 (231) 627-3002
Centro de Salud del Norte de Michigan	3434 M-119, Harbor Springs 49740	(231)348-9900
Servicios de Harrisville	205 N. State, P.O. Box 130, Harrisville 48740	(989) 724-5655
Indian River Campus	6135 Cressy St, Indian River, MI 49749	(231) 238-8908
Servicios Lincoln	177 N. Barlow Road, P.O. Box 279, Lincoln, MI 48742	(989) 736-8157
Plaza de los Rápidos Largos	346 Long Rapids Plaza Alpena, MI 49707	(989) 358-3500
Servicios Oscoda	208 S. State Street, Segundo piso, Oscoda, MI 48750	(989) 739-2550
Extensión OWL, Primaria Richardson	3630 E. River Road, Oscoda, MI 48750	(989)569-6002
Servicios Ossineke	11745 US-23, PO Box 83 Ossineke, MI 49766	(989) 471-2156
Servicios Pellston	421 Stimpson Dr. Unidad 102, Pellston, MI 49769	(231) 844-3051
Petoskey Asociados de Salud Infantil	2390 Mitchell Park Dr. , Petoskey, MI 49770	(231) 487-2250
Pickford Campus	416 M-129, Pickford, MI 49774	(906) 647-2217
Extensión de Tiger Health, Escuela Primaria Alcona	181 N. Barlow Road, Lincoln, MI 48742	(989)736-8716
Extensión de Salud Wildcat, Escuela Primaria Lincoln	309 W. Lake St, Alpena, MI 49707	(989) 358-3998

**** Tenga en cuenta que los delincuentes sexuales registrados no están permitidos en las instalaciones de las clínicas escolares.**

Ofrecemos servicios dentales en nuestras oficinas en Alpena y Oscoda. También ofrecemos limpieza y exámenes orales en nuestros sitios de Lincoln y Cheboygan.

¿Cómo me establezco con Alcona Health Centers?

Llame a una de nuestras muchas oficinas y **simplemente solicite convertirse en un paciente establecido de Alcona Health Centers.**

Nuestro personal lo programará para una cita para que podamos determinar si podemos satisfacer sus necesidades de atención médica. Tenga en cuenta que esta cita inicial no lo establece como paciente de Alcona Health Centers. Al completar su cita inicial, uno de nuestros proveedores de atención médica determinará si podemos satisfacer sus necesidades.

Es importante que devuelva este formulario a nuestra oficina, preferiblemente al menos una semana antes de su cita.

Esta información es muy útil para nuestros proveedores al abordar todos sus problemas de atención médica importantes. Su cita inicial suele durar de 30 a 45 minutos. Si descubre que **no puede asistir** a esta cita; **notifíquenos lo antes posible** para cancelar o reprogramar.

Como Hogar Médico Centrado en el Paciente, es importante para nosotros que usted entienda el beneficio de esto para usted. Si tiene preguntas, pregúntenos en cualquier momento.

Es nuestra expectativa que usted asuma la responsabilidad de trabajar hacia el estilo de vida saludable que es tan importante para su bienestar. Es importante participar activamente en su atención médica, ya sea médica, conductual o dental. Puede incluir a otras personas (familiares / amigos) para que estén presentes para apoyarlo en su atención médica. Es posible que le pidamos que firme un formulario de divulgación de información en estos casos, cuando corresponda.

Lo alentaremos a hacer cosas que impacten positivamente en su salud. Háganos saber si algún consejo que ofrecemos entra en conflicto con sus valores, creencias o capacidad de hacer. Podemos considerar planes alternativos.

Si bien ofrecemos la experiencia y el asesoramiento clínico, entendemos que su comprensión y cooperación son vitales. Creemos que los pacientes pueden lograr grandes cosas para mejorar su salud. Nuestro personal está capacitado para ayudarlo a desarrollar objetivos de autogestión, una serie de pasos medibles específicos para ayudarlo a llegar a donde desea estar, ya sea perder peso o tener más movilidad, solo por nombrar algunos objetivos.

Esperamos que todos los pacientes se sometan a un examen de salud anual. Esto nos permitirá detectar problemas de salud preventivos como la obesidad, las enfermedades crónicas, los cánceres, la salud conductual, la salud dental y la disminución del estado de salud. Por favor, planifique esto programando uno con un año de anticipación. Llamaremos para recordarle su cita unos días antes.

Como su Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH), estamos preparados para guiar todos los aspectos de su atención médica. Póngase en contacto con nosotros siempre que tenga inquietudes. Antes de ir a la sala de emergencias, a menos que sea una emergencia grave, llámenos primero. Tal vez podamos ahorrarle el viaje ofreciéndole consejos por teléfono. Tenemos un proveedor médico de guardia cada vez que la clínica está cerrada. **Preferimos que nuestros pacientes NO usen la sala de emergencias para cosas que podamos cuidar en la oficina o por teléfono.**

Ofrecemos VISITA PLANIFICADA para abordar una condición de salud crónica. En estas visitas, generalmente solo se abordan uno o dos problemas de salud y enfocamos los esfuerzos en su estado de salud actual, discutimos el plan de atención, ofrecemos educación y discutimos los objetivos de autocuidado.

POR FAVOR, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS GENERALES RELACIONADAS CON LA SALUD

ENUMERE LOS MEDICAMENTOS ACTUALES (Incluya medicamentos de venta libre, vitaminas, etc.) Agregue una página, si es necesario.

Nombre del medicamento	Fuerza	Dosis

ALERGIAS (Incluye medicamentos, alergias alimentarias y ambientales) Agregue una página, si es necesario

¿Le recetan y toman un medicamento controlado? ___ Sí ___ No El estado de Michigan *requiere* que obtengamos un informe de ellos que enumere todos los guiones de medicamentos controlados que haya llenado en los últimos años. También podemos exigirle que se someta a pruebas de drogas y que firme y cumpla con un acuerdo de sustancias controladas. Si tiene una tarjeta de marihuana medicinal actual, necesitaremos tener una copia de ella para ponerla en nuestros registros.

CIRUGÍA PREVIA (incluyendo fechas si se conocen)

Angioplastia _____
 Apendicectomía _____
 Artroscopia _____
 Cirugía de espalda _____
 Transfusión de sangre _____
 CABG _____
 Marcapasos cardíaco _____

Liberación del túnel carpiano ____
 Extracción de cataratas _____
 Colectomía _____
 Terapia electroconvulsiva _____
 Bypass gástrico _____
 Reparación de hernias _____
 Reemplazo de cadera _____

Histerectomía _____
 Reemplazo de rodilla, total ____
 ORIF _____
 Tiroidectomía _____
 Amigdalectomía _____
 Otro _____

¿Usted o cualquier PARIENTE CONSANGUÍNEO ha tenido	Comprueba si	Comprobar si un familiar	Relación con usted
TDA/TDAH			
Alcoholismo			
Alergias			
Alzheimer			
Artritis			
Asma			
Cáncer (especifique el tipo y la edad diagnosticada)			
Enfermedad cardiovascular			
Enfermedad de las arterias coronarias			
Depresión			
Retardo			
Diabetes (tipo I o tipo II)			
Eccema			
Lípidos elevados			
Enfermedad genética			
Deficiencia auditiva			
Hipertensión			
Síndrome del intestino irritable			
Aprendizaje			
Enfermedad mental			
Migrañas			
Obesidad			
Osteoporosis			
Enfermedad vascular periférica			
Enfermedad renal			
Trastorno convulsivo			
Golpe			
Trastorno de la tiroides			
VIH/SIDA			
Hepatitis A _ B _ C _			
Dolor (crónico)			
Infecciones de transmisión sexual			
Otro			

Preguntas generales de salud

	Sí	No
¿Consumo de tabaco? En caso afirmativo, Amount _____ Type _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Consumo de alcohol? En caso afirmativo, Amount _____ Type _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Consumo de cafeína? En caso afirmativo, Type _____ ¿Cuánto? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cambios en los patrones de sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Problemas para conciliar el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Dificultad para permanecer dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Episodios frecuentes de vigilia por la noche? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Respiración interrumpida, jadeo, arcadas o asfixia por aire durante el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un CPAP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia social

Dominancia de la mano: _____

Empleo _____

Educación _____

¿Anteriormente viudo? ____ anteriormente divorciado? ____ ¿Niños? _____ # de Daughters _____ # de Sons _____

¿Haces ejercicio? _____ En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

¿Aficiones o actividades? _____

¿Dieta especial? _____

¿Llevas puesto el cinturón de seguridad? Sí No ¿Detectores de humo en el hogar? Sí No ¿Detectores de monóxido de carbono en casa? Sí No ¿Radón en casa? Sí No ¿Piscina/Spa en casa? Sí No

¿Viajes recientes fuera del estado o país? _____

Historial de salud de la mujer:

Edad en el primer período: ____ Avg. días de Flujo: _____

¿Se realiza autoexámenes de mamas? Sí No¿Alguna vez te has hecho una mamografía: Sí No No sí, dónde y cuándo? _____

¿Hay antecedentes de cáncer de mama con usted o un miembro de su familia (relacionados por la sangre)? ____

¿Aumento de senos previo? Sí NoPrueba de Papanicolaou anterior: ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____ Sí No

¿Hay antecedentes de cáncer de ovario o de cuello uterino con usted o un miembro de su familia (relacionados por sangre)? _____

¿Alguna vez has estado embarazada? Sí Si es así, número de nacidos vivos: _____ número de abortos espontáneos: ____

¿Alguna vez ha estado en terapia de reemplazo hormonal? Sí No¿Eres actualmente sexualmente activo? Sí No ¿Estás en el control de la natalidad? Sí No

Historial de salud de los hombres:

Algún problema para orinar (¿Más frecuente de lo habitual? ¿Pequeñas cantidades? ¿Flujo débil?) Sí No

¿Alguna vez le han diagnosticado un problema con la próstata? Sí No

¿Hay antecedentes de cáncer testicular en usted o su familia (parientes consanguíneos)? Sí No

¿Revisa sus testículos para detectar bultos mensualmente? Sí No ¿Notaste algún dolor en los testículos? Sí No

¿Te has hecho una vasectomía? Sí No ¿Alguna pregunta sobre el control de la natalidad? Sí No

PCUESTIONARIO DE SALUD ATIENT

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	De nada	Algunos días	La mayoría de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas				
Sentirse deprimido, deprimido o desesperado				
Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado				
Sentirse cansado o tener poca energía				
Falta de apetito o comer en exceso				
Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia				
Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión				
Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrían haberse dado cuenta. O todo lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual.				
Pensamientos de que estarías mejor muerto, o de lastimarte de alguna manera				

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le ha resultado a usted hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

No es difícil en absoluto

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Prueba de detección de abuso de drogas

¿Ha usado medicamentos distintos de los requeridos por razones médicas? Sí No

¿Ha abusado de los medicamentos recetados? Sí No

Nuestra clínica ofrece un programa de "tarifa móvil" a pacientes calificados que reducen el costo de su atención médica recibida en nuestras instalaciones. ¡Solicite una solicitud a nuestro personal! Le pediremos que nos diga su ingreso familiar aproximado. Esto se utiliza únicamente para datos demográficos de toda la organización; para la consideración de la tarifa móvil y *no para ningún otro propósito*. No se comparte con nadie, excepto en conjunto y nadie se menciona por su nombre en los informes.

Directiva anticipada: Una directiva anticipada, también conocida como "testamento vital" o "Cinco deseos" es un documento que completa ANTES de una emergencia médica para que su familia y sus médicos sepan qué tipo de servicios médicos querría o no querría si no pudiera tomar esas decisiones médicas usted mismo. Tenemos estos formularios disponibles bajo petición.

¿Tiene una directiva anticipada? ____ Si ____ No Si es así, necesitamos una copia.

¿Desea información sobre la creación de una Directiva Anticipada? ____ Si ____ No

Trataremos de revisar la Directiva Anticipada con usted anualmente para asegurarnos de que aún refleje sus deseos. Si realiza un cambio en sus Instrucciones Anticipadas, envíenos una copia revisada de nuestros registros. Podemos proporcionar una copia a los especialistas a quienes lo hemos referido y a la sala de emergencias si alguna vez es transportado allí desde nuestra clínica.

Respeto. No toleramos la discriminación de nadie basada en la raza, la identificación de género / orientación sexual, la religión, el origen nacional, la discapacidad física o la edad. Este mismo respeto se solicita mutuamente para nuestro personal. Infórmenos de sus preferencias e infórmenos si no hemos proporcionado esta cortesía.

Alcona Health Centers participa en una Organización de Atención Responsable del Programa de Ahorros Compartidos de Medicare. Las ACO son grupos de médicos y otros proveedores de atención médica que trabajan voluntariamente junto con Medicare para brindarle atención de alta calidad en el momento adecuado y en el entorno adecuado. Si tiene preguntas, puede hablar con Alcona Health Centers en cualquier momento. También puede visitar www.medicare.gov/acos.html o llamar al 1800-MEDICARE (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Manejo controlado de medicamentos:

El abuso de opioides es un grave problema de salud pública. Las muertes por sobredosis de drogas son la principal causa de muerte por lesiones en los Estados Unidos y afecta a casi todas las comunidades y familias de alguna manera. Cada año, el abuso de drogas causa millones de enfermedades o lesiones graves entre los estadounidenses. Si toma un medicamento de una manera que es diferente de lo que el médico le recetó, se llama abuso de medicamentos recetados. Abusar de algunos medicamentos recetados, incluidos narcóticos, sedantes, tranquilizantes y estimulantes, puede provocar un trastorno por uso. Cumplimos con las pautas estatales y federales del estado de Michigan al recetar medicamentos controlados a pacientes de todas las edades.

Obtendremos un informe que nos proporciona el Estado de Michigan que enumera todos los medicamentos controlados recetados a usted (qué, cuándo, cantidad, proveedor, farmacia). Evaluamos su dolor regularmente y le solicitamos que coopere con las pruebas de drogas en orina. Investigamos los consejos recibidos sobre el uso indebido. Mantenemos el derecho de notificar a la policía sobre el uso indebido / desviación de medicamentos controlados. **Mantenemos el derecho de NO prescribir sustancias controladas siempre que creamos que es lo mejor para el paciente.** Podemos requerir consultas de salud conductual, referencias especializadas y / o fisioterapia en lugar de o junto con la prescripción de medicamentos controlados. Tenemos políticas y procedimientos para guiar la prescripción de medicamentos controlados. Puede verlos si lo solicita. Por lo general, no recetamos medicamentos controlados en la primera cita y queremos ver los registros de proveedores / resultados de pruebas anteriores para validar la necesidad de medicamentos controlados. No reemplazamos los medicamentos perdidos o reportados como robados. No proporcionamos recetas para medicamentos controlados los fines de semana o fuera del horario de atención. Compartimos una copia de su contrato de sustancias controladas firmado con especialistas a quienes lo hemos referido para su atención.